

Medical Book

WAHYU PURWANINGSIH, S.Kep
SITI FATMAWATI S.Kep, Ns

Asuhan Keperawatan MATERNITAS



ASUHAN KEPERAWATAN MATERNITAS

Penulis:

Wahyu Purwaningsih, S.Kep.

Siti Fatmawati, S.Kep., Ns

Sampul:

@bay

layout:

isna1dwip@ovi.com

Cetakan: Pertama, Maret 2010

ISBN: 978-979-1446-78-5

Penerbit:

Nuha Medika

Jl. Ringroad Selatan, Banguntapan, Bantul, Yogyakarta

Telp. (0274) 6538 632; 08179475165;

email: arieroobbani@yahoo.com

© 2010, Hak Cipta dilindungi undang-undang,
dilarang keras menterjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta.
Sanksi pelanggaran pasal 72:

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksudkan dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana diumumkan dalam ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan/atau denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

Segala Puji bagi Allah
menyelesaikan dan men
upaya untuk menyeba
mahasiswa khususnya k

Pembahasan buku
praktis. Dari segi teori
berkaitan dengan ma
kehamilan dan pers
memberikan contoh l
Sehingga buku ini dap
maternitas bagi maha
bagi mahasiswa yang
(Ners).

Penulis menyadari
kendala atau hambatan
Untuk itu penulis m
pihak sehingga buku i

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR

Segala Puji bagi Allah, dengan rahmat dan hidayahnya penulis dapat menyelesaikan dan menyusun buku ini. Penyusunan buku ini sebagai upaya untuk menyebarkan pengetahuan dan menambah wawasan pada mahasiswa khususnya keperawatan maternitas.

Pembahasan buku ini mengedepankan dua aspek yaitu teoritis dan praktis. Dari segi teoritis buku ini mengedepankan pembahasan teori yang berkaitan dengan maternitas dari sistem reproduksi sampai pada proses kehamilan dan persalinan. Sedangkan dari sisi praktis, dalam buku ini memberikan contoh berbagai kasus yang dibuat asuhan keperawatan. Sehingga buku ini dapat dijadikan salahsatu rujukan untuk pembelajaran maternitas bagi mahasiswa keperawatan. Selain itu buku ini juga cocok bagi mahasiswa yang sedang menempuh program profesi keperawatan (Ners).

Penulis meyakini bahwa dalam penyusunan buku ini banyak terdapat kendala atau hambatan baik bersifat material maupun non material. Untuk itu penulis mengucapkan terimakasih atas bantuan berbagai pihak sehingga buku ini dapat diterbitkan.

Jogjakarta Maret 2010



DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	iii
---------------------	-----

Daftar Isi.....	v
-----------------	---

BAB I

ANATOMI FISILOGI SISTEM REPRODUKSI WANITA DAN PRIA.....

A. Anatomi Alat Reproduksi Wanita.....	1
1. Genitalia Eksterna.....	1
2. Genitalia Interna.....	1
3. Organ Reproduksi/ Organ Seksual Ekstragonadal.....	4
4. Poros Hormonal Sistem Reproduksi.....	6
5. Hormon-Hormon Reproduksi.....	7
6. Fisiologi Alat Reproduksi Wanita.....	8
7. Penghitungan Masa Subur.....	10
B. Anatomi Fisiologi Alat Reproduksi Pria.....	14
1. Scrotum.....	16
2. Testis.....	16
3. Epididimis.....	17
4. Duktus deferens.....	17
5. Funikulus serratikus.....	18
6. Vesikula seminalis.....	18
7. Glandula prostat.....	18
8. Glandula Bulbouretralis (Glandula Cowper).....	19
9. Penis.....	19
10. Hormon pria.....	20
11. Spermatogenesis.....	21
C. Evaluasi.....	21

BAB II

KONSEP DASAR KEHAMILAN.....

A. Proses Kehamilan.....	23
B. Sel Telur.....	23
	24



D. Pembuahan (Konsepsi = Fertilisasi)	25
E. Nidasi (Implantasi)	25
F. Tanda-tanda Kehamilan	26
1. Tanda kehamilan mungkin:	26
2. Diagnosa pasti (pasti hamil / tanda-tanda pasti hamil)	28

BAB III

PLASENTA DAN LIKUOR AMNII	29
A. Plasenta	29
1. Bentuk Ukuran dan Letak Plasenta	29
2. Pembentukan plasenta	29
3. Pembagian plasenta	30
4. Fungsi plasenta	30
5. Tipe plasenta	31
6. Hormon yang dihasilkan plasenta	31
B. Likuor Aminii	31
C. Tahap Tumbang Janin	32
1. Umur janin	32
2. Lama kehamilan	35
D. Peredaran Darah Janin	36

BAB IV

ADAPTASI KEHAMILAN	39
A. Adaptasi Fisiologi Kehamilan	39
B. Adaptasi Psikologi	40

BAB V

ANTE PARTUM CARE / PRENATAL CARE (ANC)	46
A. Pengertian Antenatal Care	46
B. Tujuan Ante Natal Care	46
C. Perawatan Kehamilan	47
1. Kebutuhan Gizi	47
2. Pekerjaan dan Gerak Badan	49
3. Coitus	49
4. Hygiene Umum Kehamilan	49
5. Suplemen	50
6. Imunisasi	50
7. Kebiasaan yang Merugikan	50

6. Aspek jiwa dalam Kenakutan dan Persalinan	51
9. Pemeriksaan Kehamilan	52
10. Keluhan yang muncul pada bumil:	53
11. Senam pada Ibu Hamil	55
D. Asuhan Keperawatan Antenatal pada Trimester I	56
1. Pengkajian	56
2. Leopold I	58
3. Leopold II	59
4. Leopold III	60
5. Leopold IV	60

BAB VI

KELUARGA BERENCANA	75
A. Pengertian Keluarga Berencana	75
B. Tujuan	75
C. Metode	75
D. Pengertian Kontrasepsi	75
1. Jenis Kontrasepsi	76
1. Spermiside	76
2. Kondom	76
3. Pantang Berkala	76
4. Senggama Terputus	77
5. Pil	77
6. Suntikan	78
7. Susuk KB (Norplant)	79
8. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)	79
9. Kontrasepsi Mantap	81
10. Kontrasepsi Darurat	81
E. Asuhan Keperawatan dengan Aseptor Keluarga Berencana	82

BAB VII

KESIHATAN IBU DAN ANAK	87
A. Masalah Kesehatan Ibu dan Anak di Indonesia	87
1. Sejarah pemeliharaan kesehatan ibu dan anak	87
2. Pola yang berlaku	89
3. Kematian maternal dan kematian perinatal	91
B. Upaya Pemerintah dalam Penanganannya	93
1. Pemeliharaan kesehatan dasar (PKD)	93
2. Safe Motherhood	98



A. Pengertian Kehamilan Ektopik.....	101
B. Etiologi Kehamilan Ektopik.....	101
C. Patofisiologi Kehamilan Ektopik.....	102
D. Pathways.....	103
E. Tanda dan Gejala/Manifestasi Klinis Kehamilan Ektopik.....	104
F. Klasifikasi Kehamilan Ektopik.....	104
G. Pemeriksaan Penunjang Kehamilan.....	104
H. Penatalaksanaan Kehamilan Ektopik.....	105
I. Komplikasi Kehamilan Ektopik.....	105
J. Asuhan Keperawatan dengan Kehamilan Ektopik.....	105

BAB IX

ASUHAN KEPERAWATAN PADA MOLA HIDATIDOSA.....	107
A. Pengertian.....	107
B. Etiologi.....	107
C. Patofisiologi.....	108
D. Pathways.....	109
E. Tanda dan Gejala / Manifestasi Klinis.....	110
F. Pemeriksaan Penunjang.....	110
G. Penatalaksanaan.....	110
H. Komplikasi.....	111
I. Asuhan Keperawatan dengan Molahidatidosa.....	111
1. Pengkajian.....	111
2. Diagnose keperawatan.....	111
3. Perencanaan.....	111
4. Pelaksanaan.....	113
5. Evaluasi.....	113

BAB X

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN TUBERKULOSIS PARU.....	114
A. PENGERTIAN.....	114
B. Etiologi.....	114
C. Patofisiologi.....	114
D. Tanda dan Gejala/ Manifestasi Klinis.....	115
E. Pemeriksaan Penunjang.....	115
F. Penatalaksanaan.....	115



BAB XI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

DENGAN ASMA BRONKIALE.....	119
A. Pengertian.....	119
B. Etiologi.....	119
C. Patofisiologi.....	120
D. Tanda dan Gejala/ Manifestasi Klinis.....	120
E. Pemeriksaan.....	120
F. Penatalaksanaan.....	121
G. Komplikasi.....	121
H. Asuhan Keperawatan.....	121
1. Pengkajian.....	121
2. Diagnose keperawatan.....	122
3. Pelaksanaan.....	124
4. Evaluasi.....	124

BAB XII

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

DENGAN AIDS.....	125
A. Pengertian AIDS.....	125
B. Etiologi AIDS.....	125
C. Penularan.....	125
D. Klasifikasi.....	126
E. Patofisiologi AIDS.....	126
F. Tanda dan Gejala/ Manifestasi Klinis AIDS.....	127
G. Pemeriksaan Penunjang AIDS.....	128
H. Penatalaksanaan AIDS.....	128
I. Asuhan Keperawatan dengan AIDS.....	129

BAB XIII

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

DENGAN DIABETES MELITUS.....	135
A. Pengertian Diabetes Melitus.....	135
B. Etiologi Diabetes Mellitus.....	135
C. Klasifikasi Diabetes Mellitus.....	136
D. Patofisiologi Diabetes Mellitus.....	136
E. Tanda dan Gejala/ Manifestasi Klinis Diabetes Melitus.....	137



G. Penatalaksanaan Diabetes Melitus.....	138
H. Komplikasi	138
I. Asuhan Keperawatan Dengan Diabetes Melitus	139

BAB XIV

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

HIPERTIROIDISME.....	142
A. Pengertian Hipertiroid.....	142
B. Etiologi Hipertiroid	142
C. Patofisiologi Hipertiroid	142
D. Tanda dan Gejala / Manifestasi Klinis Hipertiroid	143
E. Pemeriksaan Penunjang Hipertiroid.....	143
F. Penatalaksanaan Hipertiroid	143
G. Komplikasi Hipertiroid.....	143
H. Asuhan Keperawatan Hipertiroid.....	144

BAB XV

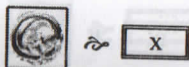
ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

DENGAN HIPOTIROIDISME	147
A. Pengertian Hipotiroidisme.....	147
B. Patofisiologi Hipotiroidisme	147
C. Patofisiologi Hipotiroidisme	148
D. Tanda dan Gejala/Manifestasi Klinis Hipotiroidisme	148
E. Pemeriksaan Penunjang Hipotiroidisme	149
F. Penatalaksanaan Hipotiroidisme	149
G. Komplikasi Hipotiroidisme.....	150
H. Asuhan Keperawatan Dengan Hipotiroidisme.....	150

BAB XVI

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL DENGAN

PENYAKIT JANTUNG	153
A. Pengertian Penyakit Jantung.....	153
B. Klasifikasi Penyakit Jantung.....	153
C. Etiologi Penyakit Jantung.....	153
D. Patofisiologi Penyakit Jantung.....	154
E. Tanda dan Gejala/Manifestasi Klinis Penyakit Jantung.....	154
F. Pemeriksaan Penunjang Penyakit Jantung.....	155
G. Penatalaksanaan Penyakit Jantung.....	155



I. Asuhan Keperawatan dengan Penyakit Jantung.....	156
--	-----

BAB XVII

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU HAMIL

DENGAN HIPERTENSI	159
A. Pengertian Hipertensi	159
B. Etiologi Hipertensi.....	159
C. Klasifikasi	160
D. Patofisiologi Hipertensi.....	160
E. Tanda dan Gejala/ Manifestasi Klinis Hipertensi.....	160
F. Pemeriksaan Penunjang Hipertensi.....	162
G. Penatalaksanaan Hipertensi.....	162
H. Komplikasi Hipertensi	162
I. Asuhan Keperawatan Dengan Hipertensi.....	163

BAB XVIII

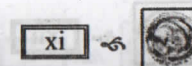
ASUHAN KEPERAWATAN IBU MASA INTRANATAL.....

A. Konsep Dasar Persalinan	167
1. Pengertian.....	167
2. Power/kekuatan/tenaga	171
3. Passanger/anak menurut Farrer 2001.....	174
4. Sebab- sebab yang menimbulkan persalinan	179
5. Mekanisme persalinan	181
6. Prosedur diagnostik.....	184
B. Asuhan Keperawatan Kala I.....	185
1. Pengertian	185
2. Pengkajian Kala I.....	186
3. Menangani kondisi ibu	193
4. Pemeriksaan fisik kala I: Fase Lateral.....	194
C. Data Umum Kebidanan	194
D. Riwayat Persalinan Sekarang.....	195
E. Data Psikososial	195

BAB XIX

ASUHAN KEPERAWATAN PADA INTRANATAL

DENGAN KOMPLIKASI	201
A. Konsep Dasar Intranatal dengan Komplikasi.....	201
1. Distosia karena Kelainan His Power	201



2. Distoria Karena Kelainan Jalan Lahir (Passage).....	202
3. Distosia Karena Kelainan Janin (Passenger)	203
4. Distosia Tumor dan Kelainan Jalan Lahir.....	211
5. Partus Lama (Prolonged Labor) dan Partus Terlantar.....	211
B. Pengkajian Data Pada Intra Partum dengan Komplikasi	212
C. Data yang Mendukung Adanya Persalinan dengan Penyulit....	219
D. Diagnosa Keperawatan yang Sering Muncul pada Intra Natal dengan Komplikasi.....	220
E. Intervensi Keperawatan	220

BAB XX

ASUHAN KEPERAWATAN IBU DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI	228
A. Konsep Dasar Gangguan Haid	228
B. Konsep Dasar Gangguan Peradangan Uterus.....	233

DAFTAR PUSTAKA	243
----------------------	-----

BAB I

ANATOMI FISILOGI

SISTEM REPRODUKSI WANITA DAN PRIA

A. Anatomi Alat Reproduksi Wanita

Terdiri alat / organ eksternal dan internal, sebagian besar terletak dalam rongga panggul. Eksternal (sampai vagina): fungsi kopulasi internal: fungsi ovulasi, fertilisasi ovum, transportasi blastocyst, implantasi, pertumbuhan fetus, kelahiran. Fungsi system reproduksi wanita dikendalikan / dipengaruhi oleh hormon-hormon gondotropin / steroid dari poros hormonal thalamus - hypothalamus - hipofisis - adrenal - ovarium. Selain itu terdapat organ / system ekstragonad / ekstras genital yang juga dipengaruhi oleh siklus reproduksi: payudara, kulit daerah tertentu, pigmen, dan sebagainya.

1. Genitalia Eksterna

a. Vulva

Tampak dari luar (mulai dari mons pubis sampai tepi perineum), terdiri dari mons pubis, labia mayora, labia minora, clitoris, hymen, vestibulum, orificium urethrae externum, kelenjar-kelenjar pada dinding vagina.

b. Monspubis/mons veneris

Lapisan lemak dibagian *anterior symphysis os pubis*. Pada masa pubertas daerah ini mulai ditumbuhi rambut pubis.

c. Labia Mayora

Lapisan lemak lanjutan mons pubis ke arah bawah dan belakang, banyak mengandung plekus vena. Homolog embriologik dengan skrotum pada pria. Ligamentum rotundum uteri berakhir pada atas labia mayora. Di bagian bawah perineum, labia mayora menyatu (pada *commisura posterior*).

d. Labia minora
Lipatan jaringan tipis dibalik labia mayora, tidak mempunyai folikel rambut. Banyak terdapat pembuluh darah, otot polos dan ujung serabut saraf.

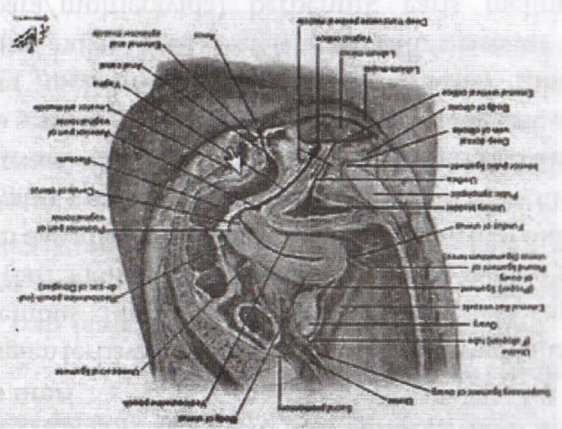
e. Clitoris
Terdiri dari caput / glans clitoridis yang terletak dibagian superior vulva, dan corpus clitoridis yang tertanam di dalam dinding anterior vagina. Homolog embriologik dengan penis pad pria. Terdapat juga reseptor androgen pada clitoris. Banyak pembuluh darah dan ujung serabut saraf, sangat sensitive.

f. Vestibulum
Daerah dengan batas atas clitoris, batas bawah fourchet, batas lateral labia minora. Berasal dari sinus urogenital. Terdapat 6 lubang orificium, yaitu orificium urethrae externum, intortus vagine, ductus glandulae Bartholinii kanan-kiri, dan ductus Skene abnormal, misalnya primer tidak berlubang (hymen imperforate) menutup total lubang vagina, dapat menyebabkan darah menstruasi terkumpul dirongga genitalia interna.

g. Vagina
Rongga muskulomembranosa berbentuk tabung mulai dari tepi cervix uteri di bagian cranial dan dorsal sampai ke vulva di bagian kaudal ventral. Daerah disekitar cervix disebut fornix, dibagi dalam 4 kuadran: fornix anterior, fornix posterior, dan fornix lateral kanan dan kiri. Vagina memiliki dinding ventral dan dinding dorsal yang elastic. Dilapisi epitel skuamosa berlapis, berubah mengikuti siklus haid. Fungsi vagina: untuk mengeluarkan ekskresi uterus pada haid, untuk jalan lahir dan untuk kopulasi (persetubuhan). Bagian atas vagina terbantu dari ductus Mulleri, bawah dari sinus urogenitalis. Batas dalam secara klinis yaitu fornix anterior, posterior, dan lateralis di sekitar servix uteri.
Titik Grayenbergh (G-spot), merupakan titik daerah sensorik di sekitar 1/3 anterior dinding vagina, sangat sensitive terdapat stimulasi orgasmus vaginal.

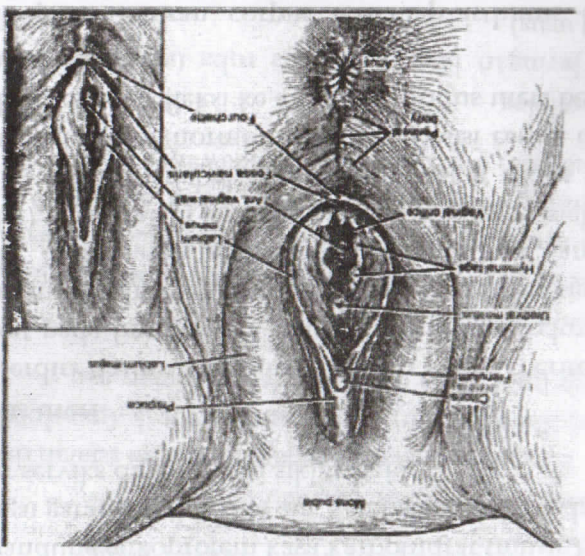
h. Perineum

Daerah antara tepi bawah vulva dengan tepi bawah anus. Batas otot-otot diafragma pelvis (m.levator ani, m.coccygeus) dan diafragmaurogenitalis (m.perinealis transverses profunda, m.constrictor urethrae). Perineal body adalah raphe median m.levator ani, antara anus dan vagina. Perinem meregang pada persalinan, kadang perlu dipotong (episiotomy) untuk memperbesar jalan lahir dan mencegah rupture.



Gambar 1.

Gambar genitalia eksterna wanita (potongan melintang pelvis)



Gambar 2.

Gambar genitalia eksterna wanita (dilihat dari depan posisi dorsal recumbent)

a. Uterus

Suatu organ muscular berbentuk seperti buah pir. Dilapisi peritoneum (serosa). Selama kehamilan berfungsi sebagai implantasi, retensi dan nutrisi konseptus. Pada saat persalinan dengan adanya kontraksi dinding uterus dan pembukaan serviks uterus, isikonsepsi dikeluarkan. Terdiri dari corpus, fundus, cornu, isthmus dan serviks uteri.

b. Serviks uteri

Bagian terbawah uterus, terdiri dari pars vaginalis (berbatasan / menembus dinding dalam vagina) dan pars supravaginalis. Terdiri dari 3 komponen utama: otot polos, jalinan jaringan ikat (kolagen dan glikosamin) dan elastin. Bagian luar didalam rongga vagina yaitu portio cervicis uteri (dinding) dengan lubang ostium uteri externum (luar, arah vagina) dilapisi epitel skuamokolumnar mukosa serviks, dan ostium uteri internum (dalam, arah cavum). Sebelum melahirkan (*nullipara/primigravida*) lubang ostium externum bulat kecil, setelah pernah/ riwayat melahirkan (*primipara/multigravida*) berbentuk garis melintang. Posisi serviks mengarah ke kaudal-posterior, setinggi spina ischiadica. Kelenjar mukosa serviks menghasilkan lender getah serviks yang mengandung glikoprotein kaya karbohidrat (mucin) dan larutan berbagai garam, ektida dan air. Ketebalan mukosa dan viskositas lender serviks dipengaruhi siklus haid.

c. Corpus uteri

Terdiri dari: paling luar lapisan serosa/peritoneum yang melekat pada ligamentum letum uteri diintraabdomen, tengah lapisan muscular/miometrium berupa otot polos tiga lapis (dari luar ke dalam arah serabut otot longitudinal, anyaman dan sirkular), serta dalam lapisan endometrium yang melapisi cavum dinding uteri, menebal dan runtuh sesuai siklus haid akibat pengaruh hormon-hormon ovarium. Posisi *corpus intraabdomen* mendatar dengan fleksi ke anterior, fundus uteri berada di atas vesica urinaria.

Proporsi ukuran corpus terhadap isthmus dan serviks uterus bervariasi selama pertumbuhan dan perkembangan wanita (gambar 1).

Ligamentum latum uteri, ligamentum rotundum uteri, ligamentum cardinal, ligamentum ovarii, ligamentum sacrouterina proprium, ligamentum infundibulopelvicum, ligamentum vesicouterina, ligamentum rectouterina.

d. Vaskularisasi uterus

Terutama dari arteri uterina cabang arteri hypogastrica/iliaca interna, serta arteri ovarica cabang aorta abdominalis.

e. Salping/Tuba Falopii

Embriologik uterus dan tuba berasal dari ductus Mulleri. Sepasang tuba kiri-kanan, panjang 8-14 cm, berfungsi sebagai jalan transportasi ovum dari ovarium sampai cavum uteri.

Dinding tuba terdiri dari lapisan: serosa, muscular (longitudinal dan sirkular) serta mukosa dengan epitel bersilia.

Terdiri dari pars interstitialis, pars isthmica, pars ampularis, serta pars infundibulum dengan fimbriae, dengan karakteristik silia dan ketebalan dinding yang berbeda-beda pada setiap bagiannya.

a. Pars isthmica (proksimal/isthmus)

Merupakan bagian dengan lumen tersempit, terdapat stingter uterotuba pengendali transfer gamet.

b. Pars ampularis (medial/ampula)

Tempat yang sering terjadi fertilisasi adalah daerah ampula/infundibulum, dan pada hamil ektopik (patologik) sering juga terjadi implantasi di dinding tuba bagian ini.

c. Pars infundibulum (distal)

Dilengkapi dengan fimbriae serta ostium tubae abdominale pada ujungnya, melekat dengan permukaan ovarium. Fimbriae berfungsi "menangkap" ovum yang keluar saat ovulasi dari permukaan ovarium, dan membawanya kedalam tuba.

d. Mesosalping

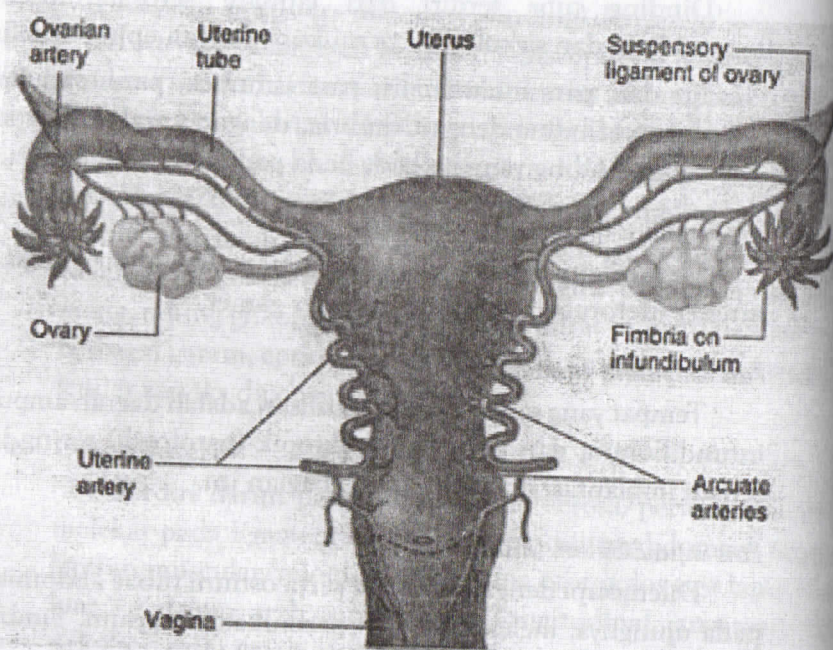
Jaringan ikat penyangga tuba (seperti halnya mesenterium pada usus)

e. Ovarium

Organ endokrin berbentuk oval, terletak didalam rongga



jaringan ikat dan jalan pembuluh darah dan saraf. Terdapat korteks dan medula. Ovarium berfungsi dalam pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum (dari sel epitel germinal primordial dilapisan terluar epitel ovarium di korteks), ovulasi (pengeluaran ovum), sintesis dan sekresi hormone-hormone steroid (estrogen oleh teka interna folikel, progesterone oleh korpus luteum pascaovulasi). Berhubungan *pars infundibulata Falopii* melalui pelekatan fimbriae. Fimbriae "menangkap ovum yang dilepaskan pada saat ovulasi. Ovarium terfiksasi oleh ligamentum ovarii proprium, ligamentum infundibulopelvicum dan jaringan ikat mesovarium. Vaskularisasi dari cabang aorta abdominalis inferior terhadap arteri renalis.



Gambar 3.
Gambar genitalia interna wanita

3. Organ Reproduksi/ Organ Seksual Ekstragonadal

a. Payudara

Seluruh susunan kelenjar payudara berada dibawah kulit di daerah pectoral. Terdapat dari massa payudara yang sebagian

tiap lobus terdiri dari 10-100 alveoli, yang dibawah pengaruh hormon prolaktin memproduksi air susu. Dari lobus-lobus, air susu dialirkan dialirkan melalui duktus yang bermuara di daerah *papilla / putting*. Fungsi utama payudara adalah laktasi, dipengaruhi oleh hormone prolaktin dan oksitosin pascapersalinan. Kulit daerah payudara sensitive terhadap rangsang, termasuk terhadap *sexually responsive organ*.

b. Kulit

Di berbagai area tertentu tubuh, kulit memiliki sensitivitas yang lebih tinggi dan responsive secara seksual, misalnya kulit di daerah bokong dan lipat paha dalam. Protein di kulit mengandung *pheromone* (sejenis metabolit steroid dari keratinosit epidermal kulit) yang berfungsi sebagai 'parfum' daya tarik seksual (androstanol dan androstenon dibuat di kulit, kelenjar keringat aksila dan kelenjar luar). *Pheromone* ditemukan juga di dalam urine, plasma, keringat, dan liur.

4. Poros Hormonal Sistem Reproduksi

a. Badan pineal

Suatu kelenjar kecil, panjang sekitar 6-8 mm, merupakan suatu penonjolan dari bagian posterior ventrikel III di garis tengah. Terletak di tengah antara 2 hemisfer otak, di depan serebelum pada daerah posterodorsal diensefalon. Memiliki hubungan dengan hipotalamus melalui suatu batang penghubung yang pendek berisi serabut-serabut saraf. Menurut kepercayaan kuno, dipercaya sebagai 'tempat roh'. Hormon melatonin: mengatur sirkuit foto-neuro-endokrin reproduksi. Tampaknya melatonin menghambat produksi GnRH dari hipotalamus, sehingga menghambat juga sekresi gonadotropin dari hipofisis dan memicu aktivasi dan pertumbuhan pemicu / onset mulainya fase pubertas.

b. Hipotalamus

Kumpulan nucleus pada daerah sekitar otak, di atas hipofisis, di bawah thalamus. Tiap inti merupakan satu berkas badan saraf yang berlanjut ke hipofisis ke hipofisis posterior (*neurohipofisis*). Menghasilkan hormone-hormon pelepas: GnRH (*Gonadotropin Releasing Hormone*), TRH (*Thyrotropin Releasing*

Hormone), CRH (Corticotropin Releasing Hormone), GHRH (Growth Hormone Releasing Hormone), PRF (Prolactine Releasing Factor). Menghasilkan juga hormone-hormon penghambat: PI (Prolactine Inhibition Factor).

c. Pituitari/ hipofisis

Terletak di dalam sella turcica tulang sphenoid. Menghasilkan hormone-hormon gonadotropin yang bekerja pada kelenjar reproduksi, yaitu perangsang pertumbuhan dan pematangan folikel (FSH- Follicle Stimulating Hormone) dan hormone lutein (LH- luteinizing hormone). Selain hormone gonadotropin, hipofisis menghasilkan juga hormone-hormon metabolisme, pertumbuhan, dan lain-lain.

d. Ovarium

Berfungsi gametogenesis / oogenesis, dalam pematangan dan pengeluaran sel telur (ovum). Selain itu juga berfungsi steroidogenesis, menghasilkan estrogen (dari teka interna folikel) dan progesterone (dari corpus luteum), atas kendali dari hormone-hormon gonadotropin.

e. Endometrium

Lapisan dalam dinding kavum uteri, berfungsi sebagai bakal tempat implantasi hasil konsepsi. Selama siklus haid, jaringan endometrium berproliferasi, menebal dan mengadakan sekresi, kemudian jika tidak ada pembuahan / implantasi, endometrium rontok kembali dan keluar berupa darah / jaringan haid. Jika ada pembuahan / implantasi, endometrium dipertahankan sebagai tempat konsepsi. Fisiologi endometrium juga juga dipengaruhi oleh siklus hormone-hormon ovarium.

5. Hormon-Hormon Reproduksi

a. GnRH (Gonadotrophin Releasing Hormone)

Diproduksi di hipotalamus, kemudian dilepaskan, berfungsi menstimulasi hipofisis anterior untuk memproduksi dan melepaskan hormone-hormon gonadotropin (FSH/LH).

b. FSH (Follicle Stimulating Hormone)

Diproduksi di sel-sel basal hipofisis anterior, sebagai respons terhadap GnRH. Berfungsi memicu pertumbuhan dan

pematangan folikel dan sel-sel granulosa di ovarium wanita (pada pria: memicu pematangan sperma di testis).

Pelepasan periodic / pulsatif, waktu peruh eliminasinya pendek (sekitar 3 jam), sering tidak ditemukan dalam darah. Sekresinya dihambat oleh enzim inhibin dari sel-sel granulosa ovarium, melalui mekanisme feedback negative.

c. LH (Luteinizing Hormone) / ICSH (Interstitial Cell Stimulating Hormone)

Diproduksi di sel-sel kromofob hipofisis anterior. Bersama FSH, LH berfungsi memicu perkembangan folikel (sel-sel teka dan sel-sel granulosa) dan juga mencetuskan terjadinya ovulasi di pertengahan siklus (LH-surge). Selama fase luteal siklus, LH meningkatkan dan mempertahankan fungsi korpus luteum pascaovulasi dalam menghasilkan progesterone. Pelepasannya juga periodic / pulsatif, kadarnya dalam darah bervariasi setiap fase siklus, waktu paruh eliminasinya pendek (sekitar 1 jam). Kerja sangat cepat dan singkat. (pada pria: LH memicu sintesis testosterone di sel-sel Leydig testis).

d. Estrogen

Estrogen (alami) diproduksi terutama oleh sel-sel teka interna folikel di ovarium secara primer, dan dalam jumlah yang lebih sedikit, juga diproduksi di kelenjar adrenal melalui konversi hormone androgen. Pada pria, diproduksi juga sebagian di testis. Selama kehamilan, diproduksi juga oleh plasenta. Berfungsi stimulasi pertumbuhan dan perkembangan (proliferasi) pada bagian organ reproduksi wanita.

Pada uterus : menyebabkan proliferasi endometrium.

Pada serviks : menyebabkan pelunakan serviks dan pengentalan lender serviks.

Pada vagina : menyebabkan proliferasi epitel vagina.

Pada payudara : menstimulasi pertumbuhan payudara. Juga mengatur distribusi lemak tubuh.

Pada tulang, estrogen juga menstimulasi osteoblas sehingga memicu pertumbuhan/regenerasi tulang. Pada wanita pascamenopause, untuk pencegahan tulang keropos / osteoporosis, dapat diberikan terapi hormone estrogen (sintetik) pengganti.

e. Progesteron

Progesterone (alami) diproduksi terutama di korpus luteum di ovarium, sebagian diproduksi di kelenjar adrenal dan pada kehamilan juga di produksi di plasenta. Progesteron menyebabkan terjadinya perubahan sekretorik (fase sekresi) pada endometrium uterus, yang mempersiapkan endometrium uterus berada pada keadaan yang optimal jika terjadi implantasi.

f. HCG (Human Chorionic Gonadotropin)

Mulai diproduksi sejak usia kehamilan 3-4 minggu oleh jaringan trofoblas (plasenta). Kadarnya makin meningkat sampai dengan kehamilan 10-12 minggu (sampai sekitar 100.000 mU/ml), kemudian turun pada trimester kedua (sekitar 1000 mU/ml), kemudian naik kembali sampai akhir trimester ketiga (10.000 mU/ml).

Berfungsi meningkatkan dan mempertahankan fungsi korpus luteum dan hormone-hormon steroid terutama pada masa-masa kehamilan awal. Mungkin juga memiliki fungsi imunologik. Deteksi HCG pada darah atau urine dapat dijadikan sebagai tanda kemungkinan adanya tanda kehamilan (tes Galli Mainini, tes Pack, dsb).

g. LTH (Lactotrophic Hormone)/ Prolactine

Diproduksi di hipofisis anterior, memiliki aktivitas memicu meningkatkan produksi dan sekresi air susu oleh kelenjar payudara. Di ovarium, prolaktin ikut mempengaruhi pematangan sel telur dan mempengaruhi fungsi korpus luteum. Pada kehamilan, prolaktine jugadiproduksi oleh plasenta (HPL / Human Placental Lactogen). Fungsi laktogenik / laktotropik prolaktin tampak terutama pada masa laktasi / pascapersalinan. Prolaktin jugamemilikiefekinhibisiterhadap GnRH hipotalamus, sehingga jika kadarnya berlebihan (hiperprolaktinemia) dapat terjadi gangguan pematangan follikel gangguan ovulasi dan gangguan haid berupa amenorrhea.

6. Fisiologi Alat Reproduksi Wanita

Fisiologi alat reproduksi wanita merupakan system yang kompleks. Sistem reproduksi wanita menunjukkan perubahan yang siklik dan teratur dalam mempersiapkan fertilitas dan kehamilan. Pada saat pubertas dimulai sekitar umur 13-16 tahun dimulainya pertumbuhan folikel

primordial yang mengeluarkan hormone estrogen yang menumbuhkan kedua seks sekunder. Kejadian terpenting dalam pubertas ialah timbulnya Haid yang pertama kali disebut *menarche*. Tapi *menarche* adalah tanda pubertas yang lambat, paling awal dalah pertumbuhan payudara (*thelarche*), tumbuh rambut di kemaluan (*pubarche*), tumbuh rambut di ketiak. Barulah terjadi *menarche*, disusul haid secara siklik.

Haid (menstruasi) ialah perdarahan siklik uterus sebagai tanda bahwa alat kandungan mengenai menunaikan faalnya. Masa pubertas anak tumbuh cepat dan mendapat bentuk tubuh yang khas bainya.

Dengan pubertas, wanitamasuk masa reproduktif (masa mendapat keturunan yang berlangsung kurang lebih 30 tahun). Setelah masa reproduksi adalah masa klimakterium, dimana merupakan peralihan masa reproduksi dan senium. Pada masa klimakterium, haid akan berangsur-angsur berhenti, mula-mula haid sedikit (1-2 bulan akhirnya berhenti sama sekali). Haid terakhir disebut *menopause*. Bagian klimakterium sebelum *menopause* disebut *premenopause* dan sesudahnya disebut *post menopause*. Gejala khas pancaroba *premenopause* sama dengan sebelum haid, *post menopause* = gangguan vegetative seperti panas, berkeringat, gangguan psikis (labilitas emosi), gangguan yang bersifat atrofi alat kandungan dan tulang. Setelah klimakterium disebut *senium*, terjadi kemunduran dalam kemampuan fisik.

Pubertas diengaruhi oleh keturunan, bangsa, iklim, dan lingkungan. Mekanisme perjalanan faktor yang mempengaruhi pubertas tersebut berasal dari panca indra yang mendapatkan rangsangan dari lingkungan dimana ia berada dialurkan ke system saraf pusat lalu diteruskan ke sistem saraf pusat lalu ditangkap oleh hipotalamus. Hambatan rangsangan panca indra menuju hipotalamus melalui nuclei amygdale dan rangsangan emosi secara langsung pada hipotalamus makin lama makin berkurang pada akhirnya merangsang mengeluarkan sent neurohormonal melalui system portal lalu hipofisis mengeluarkan gonadotropin (FSH dan LH) yang dapat mempengaruhi ovarium. Sehingga ovarium mengalami perubahan. Perubahan yang terjadi pada ovarium sesuai tingkat perkembangan. Setelah wanita punya folikel primordial kira-kira 100.000 dan berkembang sesuai umur. Saat baru lahir 750.000, umur 6-15 tahun 440.000, umur 16-25 tahun 160.000, umur 26-35 tahun 60.000, umur 35-45 tahun 35.000. Selain itu juga terjadi perubahan endometrii.

Wanita dewasa sehat dan tidak hamil tiap bulan secara teratur mengeluarkan darah dari alat kandungan disebut haid.

Haid merupakan cirri khas wanita dimana terjadi perubahan alat kandungan sebagai persiapan kehamilan. Proses perubahan merupakan hal yang kompleks saling mempengaruhi dan merupakan kerjasama harmonis antara korteks serebri, hipotalamus, hipofisis, ovarium serta pengaruh *glandula tyroidea*, kortek adrenal dan kelenjar endokrin lain.

b. Siklus Menstruasi

Pada selaput lender rahim terjadi perubahan berulang-ulang. Lamanya siklus haid pada tiap wanita tidak sama siklus haid yang normal dianggap sebagai siklus adalah 28 hari. Perubahan endometrium sesuai dengan siklus haid, menerima ovum yang telah dibuahi dibawah pengaruh hormone-hormon ovarium. Ovarium memproduksi telur matang yang dapat dibuahi dan menghasilkan estrogen dan progesterone.

Apabila estrogen dan progesterone turun terjadi vasokonstriksi pembuluh darah dan diikuti vaso dilatasi sehingga terjadi pelepasan lapisan endometrium yang disebut menstruasi.

Menstruasi terjadi dalam 4 fase yaitu:

1) Stadium Menstruasi / Desquamasi

Pada masa ini endometrium dicampakkan dari dinding rahim disertai perdarahan, hanya lapisan tipis yang tinggal disebut *stratum basale*.

Berlangsung 3-5 hari umumnya pada orang dengan siklus 28 hari, 1 hari setelah fase luteal bila tidak terjadi konsepsi maka prostaglandin akan meningkat yang akan menyebabkan nekrosis.

Bila estrogen dan progesterone turun lisosom dilepas maka akan terjadi kontraksi uterus. Akibat dari kontraksi uterus lapisan endometrium yang mati terlepas bersama darah menstruasi.

Jadi dengan haid keluar darah, potongan-potongan endometrium dan lender dari serviks.

Darah tidak membeku karena ada *fermen* yang mencegah pembekuan darah dan mencairkan potongan mukosa. Hanya bila banyak darah yang keluar maka *fermen* tidak mencukupi, hingga timbul bekuan darah dalam haid. Banyak darah haid normal selama haid kurang lebih 50 cc. Fase menstruasi.

Luka yang terjadi karena endometrium dilepaskan, berangsurng dirutup kembali oleh lendir baru yang terjadi dari sel epitel kelenjar endometrium. Dimulai ketika darah menstruasi berhenti. Pertumbuhan kelenjar endokrin (epitel) & pembuluh darah endometrium oleh rangsangan estrogen

terjadi menjadi 2:

a. Proliferasi dini: endometrium tipis + 2mm, kelenjar lurus, epitel rendah, intinya di basal

b. Proliferasi lanjut: end.>tebal stoma+karena pemecahan sel

Stadium Intremenstrum / Proliferasi

Endometrium tumbuh jadi tebal krg lebih 3,5 mm.

Kelenjar-kelenjar tumbuhnya lebih cepat dari jaringan lain hingga berkelok-kelok.

Lama dari hari ke-5 sampai 14 dari hari pertama haid.

Setelah ovulasi, corpus luteum terbentuk mensekresi estrogen dan progesteron

Kelenjar Endometrium mensekresi glikogen kaya baskularisasi dan glikogen mendukung pertumbuhan awal embrio

terjadi menjadi 2:

a. Sekresi dini: lebih tipis dari fase sebelumnya karena kehilangan cairan, tebal 4-5 mm, terbagi menjadi 3 bagian yaitu *stratum basale*, *stratum spongiosum*, dan *stratum compactum*

b. Sekresi lanjut: tebal 5-6 mm, peningkatan dari fase sebelumnya, endometrium sangat vaskuler, kelenjar berkelok-kelok kaya glikogen

Stadium Premenstrum/Sekresi

Endometrium tetap tebalnya, tapi bentuk kelenjar relative lebih panjang dan berliku dan mengeluarkan getah.

Dalam endometrium sudah tertimbun *glycogen* dan kapur kelak untuk makanan telur.

Pada endometrium sudah dapat dibedakan atas yang padat (*stratum compactum*) yang hanya ditembus oleh saluran-saluran keluar dari kelenjar, lapisan *mampung* (*stratum spongiosum*) yang banyak lubang-lubangnya krena disini terdapat rongga dari kelenjar-kelenjar dan lapisan bawah (*stratum basale*).

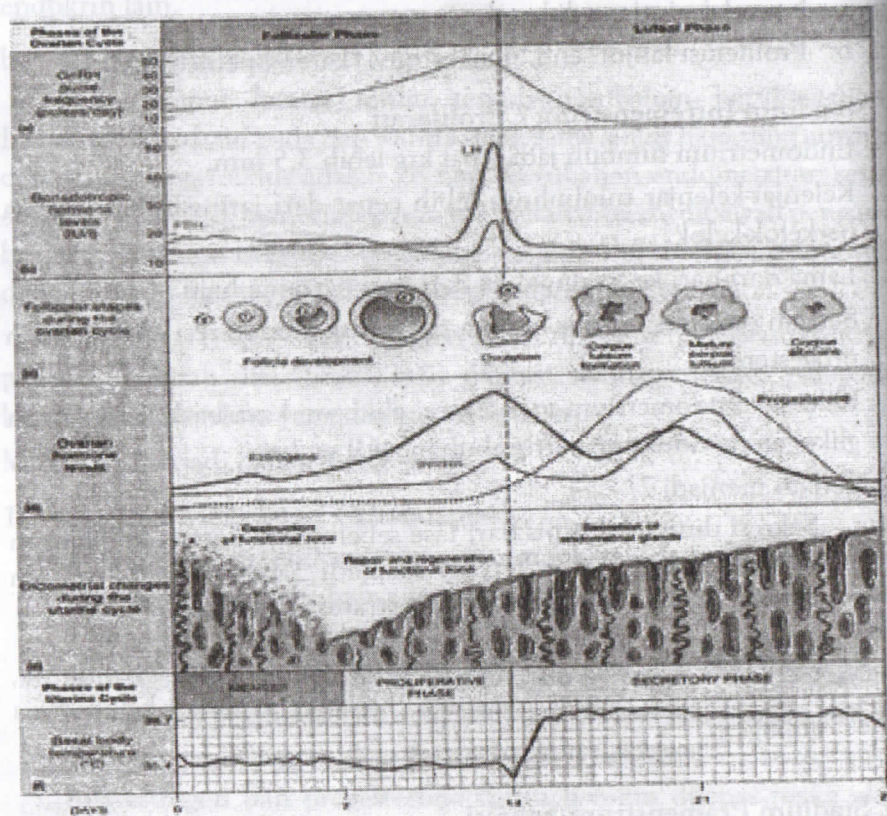


Stadium ini berlangsung hari ke-14-28.

Kalau tidak terjadi kehamilan maka endometrium dilepaskan dengan perdarahan dan berulang sebagai menstruasi.

Pada fase pre menstruasi ada infiltrasi sel darah putih, Stoma mengalami disintegrasi.

Hilang cairan dan secret akhirnya collap kelenjar arteri dan terjadi fase konstriksi kemudian pembuluh darah relaksasi dan pecah.



Gambar 4
Fisiologi Haid

7. Penghitungan Masa Subur

Untuk menentukan masa subur dapat digunakan perhitungan sebagai berikut.

- Perhitungan masa subur, mulai dengan hari pertama menstruasi ditambah 12, dan masa subur berakhir ditambah 19 dengan puncaknya hari ke-14

Contoh: menstruasi tanggal 1 Januari 2004 (7+12) sampai tanggal 26 (7+19) dengan puncaknya yaitu 21 Januari 2004 (7+14).

- Perhitungan suhu basal, karena pengaruh estrogen dan progesterone yang dapat menaikkan suhu basal badandengan deviasi sekitar 0,5 derajat celcius. Ovulasi menyebabkan suhu basal bersifat bifasik
- Memperhatikan lender cairan serviks yang bersifat.
 - 1) Basis
 - 2) Jernih dan transparan yang mudah ditembus spermatozoa
 - 3) Mempunyai kemampuan renggang 15-20 cm
- Tes cairan serviks saat ovulasi dapat membentuk susunan daun fakis.
- Mikrocuretage menjelang atau hari pertama menstruasi yang menunjukkan fase sekresi, berarti terjadi ovulasi sehingga wanita memiliki minggu subur.

Siklus Ovulasi

Di dalam ovarium terdapat banyak sel-sel telur muda yang dikelilingi oleh sel-sel gpeng yang disebut Folikel Primordial. Hormon yang merangsang pembentukan folikel primordial ini adalah FSH (Folikel Stimulating Hormon) yang diproduksi oleh Hypophyse.

Pematangan folikel primordial diawali dengan bertambahnya sel-sel disekeliling ovum yang berlipat ganda, kemudian diantara sel-sel ini timbul sebuah rongga yang berisi cairan Liquor Folikuli.

Ovum sendiri terdesak ke pinggir dan di sekitarnya terdapat Zona Pellucida.

Sel-sel grianulose lainya yang membatasi rangan folikel disebut Membrana Granulosa.

Folikel yang masak ini disebut Folikel de Graaf. Folikel de Graaf menghasilkan Estrogen dan tempat pembuatan hormone ini pada Theca Interna. Sebelum pubertas folikel de graaf hanya terdapat pada lapisan dalam dari kortek ovarium dan tetap tinggal dilapisan tersebut .

Setelah pubertas folikel de graaf mendekati permukaan ovarium dan semakin menonjol keluar karena adanya tekanan ovarium akibat bertambahnya liquor folikulli sehingga permukaan ovarium menjadi tipis dan suatu waktu folikel akan pecah yang mengakibatkan

keluarnya liquor bersama dengan ovum.

Keluarnya ovum dan pecahnya folikel de graaf disebut ovulasi.

Setelah ovulasi sel-sel granulose dari dinding mengalami perubahan dan mengandung zat warna yang kuning disebut *Lutein*, dengan demikian folikel yang berubah menjadi butir yang kuning disebut *Corpus Luteum* yang mengeluarkan hormone *Progesteron* dan *Estrogen*.

b. *Corpus Luteum Menstruatium*

Mempunyai masa hidup kurang lebih 8 hari, setelah itu terjadi degenerasi yang disebut *Korpus Albicans* yang berwarna putih. Dengan terbentuknya *albicans* maka pembentukan hormone progesterone dan estrogen mulai berkurang malahan berhenti sama sekali. Hal ini mengakibatkan *Ischemia* dan *Necrose* endometrium yang kemudian disusul dengan menstruasi.

Masa terjadinya ovulasi sampai terjadinya menstruasi disebut fase sekresi fase *Lutel* atau *Postovulatoir*.

c. *Corpus Luteum Graviditatum*

Setelah terjadi ovulasi maka sel yang merupakan sel terbesar dari badan manusia dengan ukuran kurang lebih 0,2 mm, masuk ke dalam *Tuba* melalui *Fimbriae* dan diangkat ke arah *Cavum Uteri* karena adanya peristaltic tuba dan rambut *Getar* dari sel-sel selaput lender tuba.

Bila tidak terjadi penghamilan (fertilisasi) maka sel telur akan mati dalam beberapa jam. Kalau terjadi penghamilan maka terjadilah pertemuan dan persenyawaan dari sel telur dan sel sperma didalam ampula tubae.

Sel telur yang telah dibuahi itu berjalan ke *Cavum* terdalam endometrium atau *Nidasi*.

B. Anatomi Fisiologi Alat Reproduksi Pria

Terdiri dari testis, skrotum, epididimis, duktus deferen, *funiculus spermaticus*, *verruca seminalis*, *glandula prostatica*, *glandula bulbourethralis*, dan penis.

1. Scrotum

Skrotum merupakan sebuah kantung kulit dan fascia superfisial yang terdapat di bawah simfisis pubis dan di antara bagian atas paha

di belakang penis. Pada superfisial yang membentuk suatu septum tidak lengkap yang membagi skrotum menjadi bagian kiri dan kompartemen untuk setiap testis.

Fungsi scrotum adalah menyediakan untuk testis yang kondusif untuk reproduksi sperma.

Testis

Masing-masing dari dua buah testis memiliki panjang sekitar 4,5 cm, lebar 2,5 cm, terdiri dari tiga lapisan:

- Tunika vaskulosa, suatu lapisan bagian dalam jaringe berisi jaringan kapiler yang halus.
- Tunika albuginea (secara haravia berarti "selubung putih"), suatu kapsul jaringan ikat fibrosa yang membagi setiap testis menjadi 250-300 kompartemen atau lobules berbentuk baji yang didalamnya terdapat satu sampai empat buah tubulus seminiferus.
- Tunika vaginalis testis, lapisan terluar, yang berasal dari peritoneum membentang ke bawah bersama testis desenden.

Suplai darah berasal dari arteri testikularis yang muncul dari aort abdomen. Aliran vena melalui vena testikularis yang membentuk suatu jarum rumpai anggur disebut pleksus pampiniformis di sekitar arteri. Sistem skrotum dialiri oleh kedua bagian system saraf otonom, dan serabut saraf, bersama dengan pembuluh darah dan pembuluh getah bening dibungkus dalam kantung jaringan ikat yang dikenal sebagai spermaticus.

Fungsi testis ialah untuk menghasilkan spermatozoa dan testosterone. Produksi sperma (spermatogenesis) yang sebenarnya berlangsung di dalam tubulus seminiferus sperma kemudian dibawa ke epididimis melalui tubulus rekti (suatu tubulus lurus yang dibentuk oleh konvergensi tubulus di dalam setiap lobulus), rete testis (suatu jaringan tubular) dan melalui duktus. Testosteron diproduksi di dalam sel-sel interstitial (Leyding) yang terdapat di dalam jaringan ikat lunak yang mengelilingi tubulus seminiferus.

2. Epididimis

Epididimis ialah suatu struktur seperti selang yang berbelit-belit dan membentuk tanda koma serta memiliki panjang sekitar 6 meter. Kepala epididimis menutupi aspek superior testis sementara bagian



Badan dan ekor epididimis terletak di aspek posterolateralis testis. Fungsi epididimis ialah untuk menyimpan dan mentransfer sperma. Sperma yang belum matang dari testis memasuki epididimis disimpan sementara dan kemudian di transport ke bagian ekor epididimis, menjadi motil dan fertile selama perjalanan 20 hari. Selama ejakulasi otot polos di dinding epididimis berkontraksi dan sperma akan dikeluarkan ke dalam duktus deferens.

4. Duktus deferens

Duktus deferens (vas deferens, yang panjangnya sekitar 45 cm) menjalar ke atas epididimis melalui kanalis inguinalis dan masuk ke dalam rongga pelvis atas ureter dan di sepanjang aspek posterior kandung kemih. Disini duktus ini bergabung dengan vesikula seminalis untuk membentuk duktus ejakulatorius, yang melewati kelenjar prostat dan bergabung dengan uretra. Fungsi duktus deferens adalah untuk mengeluarkan sperma dari tempat panannya ke dalam uretra.

5. Funikulus serratikus

Funikulus spermatikus, yang terdiri dari duktus deferens, pembuluh darah dari testikularis, pembuluh getah bening, dan saraf adalah suatu kantung jaringan ikat menjalar ke atas melalui kanalis inguinalis. Fungsi utama funikulus itikus ini ialah untuk mentransmisi duktus deferens ke atas ke dalam tubuh.

6. Vesikula seminalis

Ada dua vesikula seminalis, masing-masing memilikipanjang 5 cm dan berbentuk piramida. Vesikula terdiri dari epitel kolumnar, jaringan otot, dan jaringan fibrosa, dan terletak di dasar kandung kemih. Duktus setiap vesikula seminalis bergabung bersama vas deferens pada sisi yang sama untuk membentuk duktus ejakulatorius. Fungsi vesikula seminallis ialah untuk menghasilkan sekresi kental, mengandung gula fruktosa, asam askorbat, asam amino, dan prostaglandin, yang menjaga sperma tetap hidup dan motil.

7. Glandula prostat

Glandula prostat, suatu glandula tunggal dengan ukuran panjang kurang lebih 4 cm, lebar 3 cm, dan tinggi 2 cm, melingkari bagian atas uretra tepat di bawah kandung kemih, dan terletak diantara

rectum dan simfisis pubis. Kelenjar ini terdiri dari epitel kolumnar, otot polos, dan suatu lapisan fibrosa luar. Fungsi utama kelenjar prostat ialah menghasilkan sekresi alkalin berwarna seperti susu yang memfasilitasi atktivasi sperma. Sekresi kelenjar prostat merupakan sepertiga volume cairan semen, memasuki uretra melalui rapa duktus saat otot polos berkontraksi selama ejakulasi.

8. Glandula Bulbouretralis (Glandula Cowper)

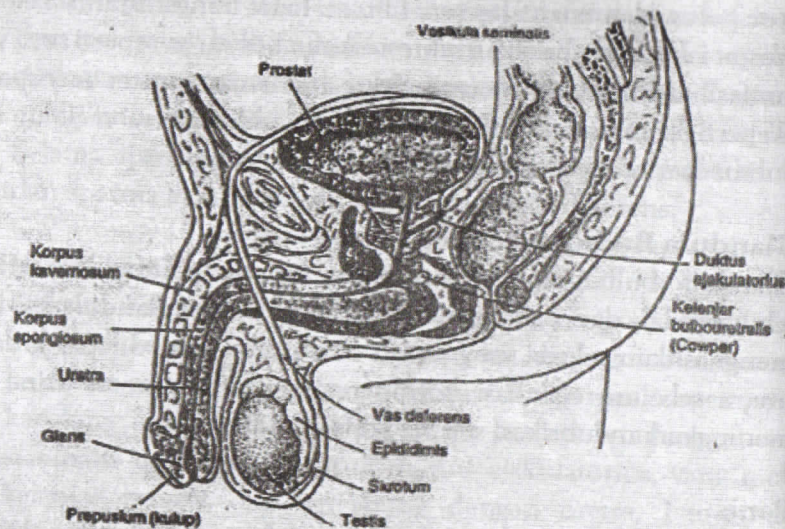
Glandula bulbouretralis berukuran kacang polong ini terletak lebih rendah dari pada glandula prostat. Fungsi glandula ini ialah menghasilkan sekresi yang jernih dan kental yang dilepas ke dalam uretra sebelum ejakulasi untuk menetralkan keasaman urine dan meningkatkan lubrikasi selama bersenggama.

9. Penis

Penis dan skrotum bersama-sama membentuk genitalis eksterna pria. Penis terdiri dari suatu akar yang menempel, yang terdapat dalam perineum dan sebuah badan penis yang bebas (membentuk hampir dua per tiga dari panjang total), yang terdapat di luar tubuh. Badan penis ini berakhir disebuah ujung yang membesar, yang disebut sebagai glandula penis. Kulit yang melapisi penis longgar dan mampu bergeser ke arah distal untuk membentuk prepusium (kulit katup) di sekitar ujung proksimal glandula. Pada bagian dalam, penis terdiri dari bagian uretra dan tiga kolumna jaringan erektile yang terdiri dari jaringan ikat dan otot polos, yang diselengi banyak ruang pembuluh darah. Dua kolumna dorsalis, korpus kavernosum, berada di setiap sisidari depan uretra. Kolumna bagian tengah, yaitu korpus spongiosum, mengelilingi uretra dan membentang ke arah distal untuk membentuk glandula penis. Ujung proksimal juga membesar untuk membentuk bulbus penis.

Fungsi penis adalah sebagai saluran untuk uretra, saluran yang merupakan dilewati urine dan semen sebagai organ reproduksi merupakan alat untuk penetrasi, penis dirancang untuk menghantarkan sperma ke dalam saluran reproduksi wanita.





Gambar 5
Genitalia Pria

10. Hormon pria

Spermatogenesis dan produksi testosterone diatur oleh suatu hubung antara hipotalamus, kelenjar hipofisis anterior dan testis, yang sama dengan pengontrolan pada gonad wanita. Namun tidak seperti pada wanita, pengontrolan gonad pada pria tidak bersifat siklis, sebagai respons terhadap pelepasan gonadotropin-releasing hormone (GnRH) dari hipotalamus, kelenjar anterior melepaskan follicle-stimulating hormone (FSH) dan luteinizing hormone (LH). FSH menstimulasi spermatogenesis di dalam testis sedangkan LH berikatan dengan sel-sel interstitial dan menstimulasi sel-sel tersebut untuk menyekresi testosterone. Jumlah sperma dan kadar testosterone dipertahankan konstan oleh mekanisme umpan balik. Apabila jumlah sperma tinggi, pelepasan suatu hormone protein yang disebut inhibin akan meningkat (hal ini menghambat pelepasan FSH) dan sebaliknya, jika jumlah sperma rendah, sekresi inhibin menurun.

Testosterone vital untuk spermatogenesis dan juga bertanggung jawab untuk pembentukan karakteristik seks sekunder, yang

muncul pada sekitar masa pubertas. Perubahan pada masa pubertas ini meliputi pertumbuhan rambut pubis, rambut di aksila, wajah dan dada, suara menjadi dalam, kulit menebal, tulang bertambah panjang, dan ukuran serta massa otot skeletal meningkat. Testosterone juga bertanggung jawab untuk peningkatan laju metabolic basal yang merupakan dasar dorongan seksual.

11. Spermatogenesis

Spermatogenesis dimulai pada masa pubertas dan berlanjut sepanjang kehidupan pria dewasa. Spermatogenesis berlangsung di tubulus seminiferus di dalam testis di bawah pengaruh FSH dan testosterone. Sebagai respon terhadap FSH, sel-sel sustentakular (Sertoli) di dalam tubulus seminiferus melepas protein pengikat androgen yang memungkinkan sel-sel spermatogenik saling berikatan dan mengentalkan testosterone, yang kemudian menstimulasi spermatogenesis.

Proses keseluruhan spermatogenesis ini berlangsung sekitar 68 hari, selama beberapa hari tersebut setiap sperma melalui beberapa tahap, dari spermatosit primer menjadi spermatosit sekunder kemudian menjadi sperma dan pada akhirnya menjadi spermatozoa, yang memiliki kepala, badan, dan sperma.

Sebuah spermatozoa yang matur terdiri dari sebuah kepala asam deoksiribonukleat (DNA), sebuah badan yang member energy yang dibutuhkan untuk mengeluarkan sperma dari sebuah ekor yang melakukan gerakan melambai untuk menggerakkan sperma ke depan dengan kecepatan 1,4 mm per menit. Kepala juga memiliki pembungkus seperti helm yang disebut akrosom, yang memungkinkan sperma memasuki ovum.

C. Evaluasi

1. Genitalia interna wanita terdiri dari apa saja?
2. Genitalia eksterna wanita terdiri dari apa saja?
3. Sebutkan bagian genitalia pria dan fungsinya!
4. Jelaskan fisiologi haid!
5. Hormon apa saja yang berperan dalam reproduksi?

BAB XX

ASUHAN KEPERAWATAN IBU DENGAN GANGGUAN REPRODUKSI

A. Konsep Dasar Gangguan Haid

1. Menorrhagia

Adalah perdarahan lebih banyak/lebih lama (< 8 hari), penyebabnya adalah gangguan uterus, contohnya mioma, polip uteri, adenomiosis, hiperplasi endometrium, endometrosis, unovulatory cycles, terapisnya tergantung penyebabnya, diagnostic gangguan pelepas endometrium, dilakukan curetase.

2. Oligomenorrhagia

Siklus lebih panjang > 35 hari, jumlah darah ikut berkurang, oligomenorrhagia dan amenorea punya dasar sama pada penyebabnya, beda dalam tingkatannya, kesehatan dan fertilitas tidak terganggu.

3. Disminorrea

Adalah nyeri haid merupakan suatu gejala yang sering menyebabkan wanita-wanita muda pergi ke dokter untuk konsultasi dan pengobatan. Karena gangguan ini sifatnya subyektif, berat atau intensitasnya sukar dinilai. Walaupun frekuensi dismenorea cukup tinggi dan penyakit ini sudah lama dikenal, namun sampai sekarang patogenesisnya belum dapat dipecahkan dengan memuaskan oleh karena hampir semua wanita mengalami rasa tidak enak di perut bawah sebelum dan selama haid dan sering sekali rasa mual, maka istilah dismenorea hanya dipakai jika nyeri haid demikian hebatnya, sehingga memaksa penderita untuk istirahat dan meninggalkan pekerjaan atau cara hidupnya sehari-hari untuk beberapa jam atau beberapa hari.

Dismonera dibagi:

a. Dismonera primer (essensial, intrinsik, idiopatik) tidak terdapat hubungan dengan kelainan ginekologi. Ini merupakan nyeri haid yang dijumpai tanpa kelainan pada alat genital yang nyata. Dismenorea primer terjadi beberapa waktu setelah menarche biasanya setelah 12 bulan atau lebih, oleh karena siklus haid pada bulan pertama detelah menarche umumnya berjenis anovulatoar yang tidak disertai dengan rasa nyeri. Rasa nyeri timbul tidak lama sebelumnya atau bersama-sama dengan permulaan haid dan berlangsung untuk beberapa jam, walaupun pada beberapa kasus dapat berlangsung beberapa hari. Sifat rasa nyeri adalah kejang berjangkit-jangkit, biasanya terbatas pada perut bawah, tetapi dapat menyebar kedaerah pinggang dan paha. Bersamaan dengan rasa nyeri dapat dijumpai rasa mual, muntah, sakit kepala, diare, iritabilitas, dan sebagainya.

Banyak teori dikemukakan untuk menerangkan penyebab dismenorea, tetapi patofisiologinya belum jelas dimengerti. Rupanya beberapa faktor memegang peranan penting sebagai penyebab dismenorea primerr antara lain:

1) Faktor kejiwaan

Pada gadis-gadis yang secara emosional tidak stabil, apalagi jika mereka tidak mendapat penerangan yang baik tentang proses haid, mudah timbul dismenorea.

2) Faktor konstitusi

Faktor ini erat hubungannya dengan faktor diatas dapat juga menurunkan ketahanan terhadap rasa nyeri. Faktor-faktor seperti anemia, penyakit menahun, dan sebagainya dapat mempengaruhi timbulnya dismonera

3) Faktor obstruksi kanalis servikalis

Salah satu teori paling tua untuk menerangkan terjadinya dismenorea primer ialah stenosis kanalis servikalis. Pada wanita dengan uterus dalam peran fleksi mungkin dapat terjadi stenosis kanalis servikalis, akan tetapi hal ini sekarang tidak dianggap sebagai faktor yang penting sebagai penyebab dismenorea. Banyak wanita menderita dismenorea tanpa stenosis servikalis dan tanpa uterus dalam hipernatefleksi. Sebaliknya, terdapat banyak wanita tanpa keluhan dismenorea, walaupunada stenosis



servikalis dan uterus terletak dalam hipernatefleksi atau hiperrenterofleksis. Mioma subnukosum bertangkai atau polip endometrium dapat menyebabkan dismenorea karena otot-otot uterus berkontraksi keras dalam usaha untuk mengeluarkan kelainan tersebut.

4) Faktor endokrin

Pada umumnya ada anggapan bahwa kejang yang terjadi pada dismenorea primer disebabkan oleh kontraksi uterus yang berlebihan. Faktor endokrin mempunyai hubungan dengan soal tonus dan kontraktilitas otot usus. Novak dan reynold yang melakukan penelitian pada uterus kelinci berkesimpulan bahwa hormone estrogen merangsang kontraktilitas uterus, sedangkan hormone progesterone menghambat atau mencegahnya. Tetapi teori ini tidak dapat menerangkan fakta mengapa tidak timbul rasa nyeri pada pendarahan disfungsi anovulator, yang biasanya bersamaan dengan kadar estrogen yang berlebihan dengan tanpa adanya progesterone.

5) Faktor alergi

Teori ini dikemukakan setelah memperhatikan adanya asosiasi antara hipermenorea dengan urtikaria migran atau asma bronkiale. Smith menduga bahwa sebab alergi adalah toksin haid.

Penyelidikan pada tahun-tahun terakhir menunjukkan bahwa peningkatan kadar prostaglandin memegang peranan penting dalam etiologi dismenorea primer. Satu jenis dismenorea yang terdapat adalah yang pada waktu haid tidak mengeluarkan dalam fragmen-fragmen kecil, melainkan dalam keseluruhannya. Pengeluaran tersebut disertai rasa nyeri kejang yang keras. Demikian itu dinamakan dismenorea membranase.

b. Dismenorea skunder (ekstrinsik, yang diperoleh, acquired), disebabkan oleh kelainan ginekologik (endometrosis, adenomiosis, dan lain-lain) IUD juga dapat merupakan penyebab dismenorea ini. Dismenorea skunder dapat disalahartikan sebagai dismenorea primer atau dapat rancu dengan komplikasi kehamilan dini. Tetapi harus ditunjukan dengan mengobati penyebab dasar.

Penanganan:

1) Penerangan dan nasehat

Perlu dijelaskan kepada penderita bahwa dismenorea adalah gangguan yang tidak berbahaya untuk kesehatan, hendaknya diadakan penjelasan dan diskusi mengenai cara hidup, pekerjaan, kegiatan dan lingkungan penderita. Kemungkinan salah informasi mengenai haid atau adanya tabu atau takhayul mengenai haid perlu dibicarakan. Nasehat-nasehat mengenai makanan sehat, istirahat yang cukup, dan olahraga mungkin berguna. kadang-kadang diperlukan psikoterapi.

2) Pemberian obat analgetik terapi hormonal

Dewasa ini banyak beredar obat-obat analgesic yang dapat diberikan sebagai terapi simptomatik. Jika rasa nyeri berat, diperlukan istirahat ditempat tidur dan kompres panas pada perut bawah preparat kombinasi aspirin, fenastin, dan kafein. Obat-obat paten yang beredar dipasaran adalah antara lain novalgin, ponstan, acet-aminopen, dan sebagainya.

3) Terapi obat nonsteroid antiprostaglandin

Memegang peranan yang makin penting terhadap dismenorea primer. Termasuk disini indometasin, ibuprofen, dan naproksen, dalam kurang lebih 70% penderita dapat disembuhkan atau mengalami banyak perbaikan. Hendaknya pengobatan diberikan sebelum haid mulai 1 sampai 3 hari sebelum haid, dan pada hari pertama haid

4) Dilatasi kanalis servikalis

Dapat membari kekeringan karena memudahkan pengeluaran darah haid prostaglandin didalamnya. Neurektomi prasakral (pemotongan urat saraf sensorik yang ada di ligamentum infundibulum) merupakan tindakan terakhir, apabila usaha-usaha lain gagal.

5) Terapi hormonal

Tujuan terapi hormonal ialah menekan ovulasi. Tindakan ini bersifat sementara dengan maksud untuk membuktikan bahwa gangguan benar-benar dismenorea primer, atau untuk memungkinkan penderita

melaksanakan pekerjaan penting pada waktu haid tanpa gangguan. Tujuan ini dapat dicapai dengan pemberian salah satu jenis pil kombinasi kontrasepsi.

Pembagian ini tidak seberapa tajam batasnya oleh karena dismenorea yang pada mulanya diangka primer, kadang-kadang setelah diteliti lebih lanjut memperlihatkan kelainan organik, jadi termasuk dismenorea sekunder.

4. Pengkajian

Selain mengkaji riwayat penggunaan kontrasepsi, seksual, obstetri, menstruasi secara terinci, perawat harus menggali persepsi wanita tentang kondisinya, pengaruh etnik dan budaya, pengalaman dengan tenaga kesehatan lain, gaya hidup, dan pola koping (lihat pertimbangan budaya). Jumlah nyeri yang dialami dan efeknya pada aktivitas sehari-hari, obat-obatan dirumah, dan resep untuk meredakan rasa tidak nyaman, dicatat. Suatu gejala, yang memuat rincian catatan gejala emosi, perilaku, fisik, diet, pola latihan dan pola istirahat, merupakan alat diagnostik yang bermanfaat.

5. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

- Resti koping individu tidak efektif
- Kurang pengetahuan
- Resti gangguan citra tubuh
- Resti harga diri rendah
- Nyeri

6. Hasil yang diharapkan

- Wanita/pasangan mengungkapkan pemahamannya tentang anatomi, alat-alat reproduksi.
- Wanita/pasangan memahami menerima kondisinya dan respon fisik dan respon emosionalnya maupun fisik.
- Wanita/pasangan mengembangkan tujuan personal yang bermanfaat bagi dirinya.
- Wanita/pasangan memilih tindakan yang terapeutik yang sesuai.
- Wanita/pasangan berhasil beradaptasi terhadap kondisi tersebut

B. Konsep Dasar Gangguan Peradangan Uterus

1. Adenomyosis uteri

Adenomyosis secara klinis lebih banyak persamaannya dengan mioma uteri. Adenomyosis lebih sering ditemukan pada multipara dalam masa premenopause, sedangkan endometriosis terdapat pada wanita yang lebih muda dan yang umumnya infertile. Menurut kepustakaan frekuensi adenomyosis berkisar 10-47 %.

a. Patologi

Pembesaran uterus pada adenomyosis umumnya difus. Didapat penebalan dinding uterus, dengan dinding posterior biasanya lebih tebal. Uterus biasanya berbentuk simetrik dengan konsistensi padat, dan tidak menjadi lebih besar dari tinjau atau uterus gravidus 12 minggu.

Adenomyosis ini sering terdapat bersama-sama dengan mioma uteri. Walaupun jarang, adenomyosis dapat ditemukan tidak sebagai tumor difus melainkan sebagai tumor dengan batas yang nyata. Dalam hal ini kelainan tersebut yang dinamakan endometrioma uteri, sukar dibedakan dari mioma uteri. Gambaran mikroskopik yang khas pada adenomyosis ialah adanya pulau-pulau jaringan endometrium di tengah-tengah otot uterus. Pulau-pulau ini dapat menunjukkan perubahan siklik, akan tetapi umumnya reaksi terhadap hormon-hormon ovarium tidak begitu sempurna seperti endometrium biasa. Walaupun demikian dapat ditemukan kista-kista kecil berisi darah tua ditengah-tengah jaringan adenomyosis. Kadang-kadang kelenjar-kelenjar dari endometrium menunjukkan hiperplasia kistik, bahkan dapat ditemukan sel-sel atipik, akan tetapi keganasan sangat jarang terjadi.

Jaringan otot disekitar pulau-pulau endometrium mengalami hiperplasia dan hipertrofi dan segala sesuatu member gambaran seperti anyaman dengan bintik hitam didalamnya, tanpa adanya semacam kapsula seperti pada mioma. Kehamilan akan menyebabkan endometrium atropik ini berubah seperti desisua.

b. Histogenesis

Cullen dan penelitian-penelitian lain mengemukakan



bahwa sel endometrium pada adenomiosis adalah dari endometrium yang meliputi kavum uteri, dan mengadakan pertumbuhan kedalam otot. Pada pemeriksaan histologik masih sering dapat dilihat adanya konstinuitas ini. Walaupun sebab sebenarnya adenomiosis uteri tidak diketahui, ada dugaan bahwa tersebarnya endometrium didalam miometrium adalah akibat perubahan-perubahan yang terjadi didalam uterus karena kehamilan dan persalinan yang berulang. Mungkin kerokan yang berlebih dapat merupakan faktor etiologis pula.

c. Gambaran klinik

Gejala yang sering ditemukan pada adenomiosis uteri adalah menoragia, dismenoria skunder, dan uterus yang mungkin membesar. Kadang-kadang terdapat disamping menoragia, dispareunia, dan rasa berat diperut bawah terutama dalam masa prahaid. Menoragia makin lama makin banyak vaskularitas jaringan tambahan dan mungkin juga karena otot-otot uterus tidak dapat berkontraksi dengan sempurna karena adanya jaringan endometrium di tengah-tengah mungkin juga karena disfungsi ovarium. Dismenorea skunder yang semakin mengeras kiranya disebabkan oleh kontraksi tidak teratur dari miometrium karena pembekakan endometrium yang disebabkan oleh pendarahan pada waktu haid.

d. Diagnosis

Diagnosis adenomiosis dapat diduga, apabila wanita berumur sekitar 40 tahun dengan banyak anak, keluhan menoragia dan dismenorea makin menjadi dan ditemukan uterus yang membesar simetrik dan berkontraksi padat. Akan tetapi diagnosis yang pasti baru bisa dibuat setelah pemeriksaan uterus pada waktu operasi atau sesudah diangkat pada operasi itu.

e. Pengobatan

Pada wanita yang berusia lanjut dengan keluhan menoragia dan dismenoria yang menjadi bertambah berat, histerektomi merupakan pengobatan yang tepat. Lebih sulit soalnya, apabila penyakit ditemukan pada wanita yang masih muda, dan masih ingin punya anak. Terapi hormonal tidak

banyak gunanya. Pada wanita yang menjelang menopause yang tidak boleh dioperasi penyinaran dengan sinar rongent dapat dipertimbangkan.

2. Endrometrosis

Endrometriosis adalah satu keadaan dimana jaringan endometrium yang masih berfungsi terdapat diluar kavum uteri. Jaringan ini yang terjadi atas kelenjar-kelenjar dan stroma, terdapat didalam miometrium ataupun diluar uterus. Bila jaringan endometrium terdapat didalam miometrium disebut adenomiosis, dan bila diluar uterus disebut ensometriosis. Pembagian ini sekarang sudah tidak diatur lagi, karena baik secara patologik, klinik ataupun etiologik adenomiosis dan endometriosis berbeda dengan endometriosis.

Pada endometriosis jaringan endometrium ditemukan dikavum luar uteri dan diluar miometrium. Menurut urutan yang lebih tersering endometrium ditemukan ditempat-tempat sebagai berikut:

- a. Ovarium.
 - b. Peritoneum dan ligamentum sakrouterium, kavum douglasi, dinding belakang uterus, tuba fallopi, plika vesikouterina, ligamentum rotodum dan sigmoid
 - c. Septum rektovagina
 - d. Kanalis inguinalis
 - e. Apendiks
 - f. Umbilicus
 - g. Servik uteri, vagina, kandung kencing, vulva, perineum
 - h. Parut laparotomi
 - i. Kelenjar limfa
 - j. Walaupun sangat jarang, endometriosis dapat ditemukan di lengan, paha, pleura dan pericardium.
- a. Histogenesis

Teori histogenesis dari endrometriosis yang paling banyak penganutnya adalah teori Sampson. Menurut teori ini endometriosis terjadi karena darah haid mengalir kembali (regurgitasi) melalui tuba kedalam rongga pelvis. Sudah dibuktikan bahwa dalam darah haid didapati sel-sel

masih hidup ini dapat mengadakan implantasi di pelvis.

Teori lain mengenai histogenesis endometriosis dilontarkan oleh Robert Mayer. Pada teori ini dikemukakan bahwa endometriosis terjadi karena rangsangan pada sel-sel epitel berasal dari selom yang dapat mempertahankan hidupnya di daerah pelvis. Rangsangan ini akan menyebabkan metaplasia dari sel-sel epitel itu, sehingga terbentuk jaringan endometrium. Teori Robert Mayer akhir-akhir ini semakin banyak penantangannya. Disamping itu masih terbuka kemungkinan timbulnya endometriosis dengan jalan penyebaran melalui jalan darah atau limfa, dan dengan implantasi langsung dari endometrium pada saat operasi.

b. Angka kejadian

Endometriosis selama kurang dari 30 tahun terakhir ini menunjukkan angka kejadian yang meningkat. Angka kejadian antara 5-15 % dapat ditemukan diantara semua operasi pelvik. Endometriosis jarang didapatkan pada orang-orang negro, dan lebih sering didapatkan pada wanita-wanita dari golongan sosio-ekonomi yang kuat. Yang menarik perhatian adalah bahwa endometriosis lebih sering ditemukan pada banyak anak. Rupanya fungsi ovarium secara siklus yang terus menerus tanpa diselingi oleh kehamilan, memegang peranan dalam terjadinya endometriosis.

c. Patologi

Gambaran mikroskopik dari endometriosis sangat variable. Lokasi yang sering terdapat adalah pada ovarium, dan biasanya disini didapat pada kedua ovarium. Pada ovarium tampak kista-kista biru kecil sampai kista besar (kadang-kadang sebesar tinju) berisi darah tua yang coklat (kista coklat atau endometrioma).

Darah tua dapat keluar sedikit-sedikit karena pada dinding kista, dan dapat menyebabkan perlekatan antara permukaan ovarium dengan uterus, sigmoid, dan dinding pelvis. Kista coklat kadang-kadang dapat mengalir dalam jumlah banyak ke dalam rongga peritoneum karena robekan dinding kista, dan menyebabkan acute abdomen. Tuba pada endometriosis biasanya normal. Pada salah satu kedua

ligamentum sakrouterium, pada kavum douglasi, dan pada permukaan uterus sebelah belakang dapat ditemukan satu atau beberapa bintik sampai benjolan kecil yang berwarna kebiru-biruan. Juga pada permukaan sigmoid atau rectum seringkali ditemukan benjolan yang berwarna kebiru-biruan ini. Sebagai akibat dari timbulnya pendarahan pada waktu haid dari jaringan endometriosis, mudah sekali timbul perlekatan antara alat-alat disekitar kavum douglasi itu.

d. Gambaran mikroskopik

Pada pemeriksaan mikroskopik ditemukan ciri-ciri khas bagi endometriosis, yakni kelenjar-kelenjar dan stroma endometrium, dan perdarahan bekas dan baru berupa eritrosit, pigmen hemosiderin, dan sel-sel makrofag berisi hemosiderin. Disekitarnya terdapat sel-sel radang dan jaringan ikat, sebagai reaksi dari jaringan normal disekelilingnya (jaringan endometriosis). Jaringan endometriosis seperti juga jaringan endometrium didalam uterus, dapat dipengaruhi oleh estrogen dan progesterone. Akan tetapi besarnya pengaruh tidak sama, dan tergantung dari beberapa faktor, antara lain dari komposisi endometriosis yang bersangkutan (apakah jaringan kelenjar atau jaringan stroma yang masih lebih banyak) dari reaksi jaringan normal disekitarnya dan sebagainya. Sebagai akibat dari pengaruh hormone-hormon tersebut, sebagian besar sarang-sarang endometriosis berdarah secara periodik. Pendarahan yang periodik ini menyebabkan reaksi jaringan sekelilingnya berupa radang dan perlekatan.

Pada kehamilan dapat ditemukan reaksi desidual jaringan endometriosis. Apabila kehamilan berakhir, reaksi desidual menghilang disertai dengan regresi sarang endometriosis dan dengan memberikan keadaan. Pengaruh baik dari kehamilan kini menjadi dasar pengobatan endometriosis dengan hormone untuk mengadakan apa yang dinamakan kehamilan semu (pseudopregnancy). Secara mikroskopik endometriosis merupakan suatu kelainan yang jinak, akan tetapi kadang-kadang sifatnya seperti tumor ganas. Antara lain bisa terjadi penyebaran endometriosis ke paru-paru dan lengan selain itu bisa terdapat infiltrasi ke bawah kavum douglasi ke fascia rektovagina, ke sigmoid dan sebagainya.



e. Gambaran klinik

Gejala-gejala yang sering ditemukan pada penyakit ini adalah: 1) nyeri perut bawah yang progresif dan dekat paha yang terjadi selama haid (dismenorea), 2) dispareunia, 3) nyeri waktu defikasi, khususnya pada waktu haid, 4) poli dan hipermenorea, 5) infertilitasi

3. Pengkajian

Selain mengkaji riwayat penggunaan kontrasepsi, seksual, obstetri, menstruasi secara terinci, perawat harus menggali persepsi wanita tentang kondisinya, pengaruh etnik dan budaya, pengalaman dengan tenaga kesehatan lain, gaya hidup, pola koping (lihat pertimbangan budaya). Jumlah nyeri yang dialami dan efeknya pada aktifitas sehari-hari, obat-obatan dirumah, dan respon untuk meredakan rasa tidak nyaman, dicatat. Suatu gejala yang memuat rincian catatan gejala emosi, perilaku, fisik, diet, pola latihan dan pola istirahat merupakan alat diagnostik yang bermanfaat

4. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

- Nyeri
- Kurang pengetahuan
- Perubahan citra tubuh
- Ansitas

5. Penanganan

- Mengkaji lokasi dan tipe nyeri
- Mengajarkan tentang adenomiosis dan endometrosis
- Mendiskusikan masalah yang dialami klien
- Memberi dukungan dan harapan yang realistik

I. PENGKAJIAN

A. Data umum

- Tanggal Pengkajian :
1. Initial Klien :
2. Alamat :
3. Umur :
4. Pendidikan :
5. Pekerjaan :
6. Agama :
7. Suku Bangsa :
8. Diagnosa Medis :
9. Nama Penanggung Jawab :
10. Alamat Penanggung :
11. Umur :
12. Pendidikan :
13. Pekerjaan :
14. Agama :
15. Suku Bangsa :

B. Keluhan Utama

C. Status kesehatan atau penyakit saat ini

- Gejala awal
- Timbulnya gejala
 - Faktor yang memperbaiki gejala
 - Faktor yang memperburuk gejala
- Deskripsi gejala:
 - Lokasi :
 - Kualitas :
 - Kuantitas :
- Efek pada gaya hidup

D. Riwayat Ginekologik

- Karakteristik menstruasi

2. Menarche
3. Perdarahan tengah siklus
4. Kontrasepsi
5. Penyakit menular seksual

E. Riwayat medis masa lalu

1. Penyakit dan pengobatan
2. Alergi
3. Penyakit masa kanak-kanak dan imunisasi
4. Penyakit dan pembedahan sebelumnya
5. Riwayat di rumah sakit sebelumnya
6. Kecelakaan atau cedera
7. Perilaku beresiko
 - a. Konsumsi kafein
 - b. Merokok
 - c. Alkohol
 - d. Obat-obatan
 - e. Praktis seks tidak aman
8. Riwayat kekerasan/penganiayaan
 - a. Cidera akibat kekerasan
 - b. Pengalaman perkosaan
 - c. Kesimpulan

F. Riwayat Kesehatan Keluarga

1. Penyakit keturunan
2. Penyakit saat ini dalam keluarga
3. Riwayat penyakit jiwa dalam keluarga
4. Genogram

G. Riwayat Psikososial

1. Koping Individu
 - a. Kesadaran diri dan harga diri
 - b. Penatalaksanaan stress
 - c. Penyalahgunaan zat
2. Pola kesehatan
 - a. Nutrisi
 - b. Personal Higiene
 - c. Aktivitas dan Latihan

d. Rekreasi

3. Spiritual

- a. Agama
- b. Pola Beribadah

H. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan Umum
2. Kesadaran
3. Tanda-tanda vital
4. Head to toe (dari kepala s/d kaki)

I. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium tanggal
2. Diagnostik tanggal
3. Terapi
4. Diet

J. Kesimpulan

II. Analisa Data

Tgl/jam	Data	Problem	Etiologi	Ttd
	DS : DO:			

III. Diagnosa Keperawatan

- A.
- B.

IV. Prioritas Masalah

- A.
- B.

V. Rencana Keperawatan

Tgl/jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & KH	Intervensi	Rasional	Ttd

Tgl/jam	No Dp	Implementasi	Respon	Ttd
Jam urut dari yang pertama dilakukan				

VII. Evaluasi

Tgl/jam	No Dp	Evaluasi	Ttd
		S:	
		O:	
		A:	
		P:	

DAFTAR PUSTAKA

- Bobak, Lowdermilk, Jensen. Alih bahasa : Maria. Wijayarini, Peter I. Anugrah 2004. Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4. EGC. Jakarta
- Burroughs, Arlene. 1997, Maternity Nursing an Introductory, Text. Soundaers company United States of America
- Carpenito, 1999, buku saku diagnosa keperawatan, EGC, Jakarta
- Depkes RI, 1992, Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dalam Kon teks Keluarga, Pusdinakes, Jakarta
- Djoko Waspodo, 2002, Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatal
- Doengos, marlin, 2001, rencana asuhan keperawatan, EGC, Jakarta
- Dongoes. Marlin E. 2001. Rencana Perawatan Maternal/Bayi : Pedoman untuk perencanaan dan dokumaentasi paerawatan klien. EGC : Jakarta
- Evelin, pearce, 1992, anatomi and physiology for nurse, gramedia, Jakarta
- Fareer, Helen, 2001, Perawatan Maternitas, EGC, Jakarta
- Ganong W F, 1995, Buku Ajar fisiologi kaedokteran, EGC, Jakarta
- Guyton, Arthur, 2000, Buku ajar fisiologi kedokteran, EGC, Jakarta
- Hamilton, 1995, Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas, EGC, Jakarta
- Hamilton, Persisi Mary, 2005. Dasar-dasar Keperawatan Maternitas. EGC :Jakarta
- Handerson, Christine. 2006 Buku Ajar Konasep Kebidanan. EGC. Jakarta



- Hartono, Hanafi. 1994. Keluarga Berencana dan kontrasepsi. Ect.1.
Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Hele varney, 2001, Buku Saku Bidan, EGC, Jakarta
- IKAFKUI, 1991, Ilmu Kesehatan Anak, infomedika, Jakarta
- Junaidi, 2002, Kapita Selekta Kaedokteran, Bina Usaha, Jakarta
- Mansjoer, 2001, Kapita Selekta Kedokteran, FKUI, Jakarta
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2001. Kapita Selekta Penatalaksanaan Rutin
Ostretri Ginekologi dan KB. EGC. Jakarta
- Melson, Khatryn S. Jaffe, Marie. S. 1995. Maternal Infant Health Care
Planning 2 nded. Texas : Springhouse Corporation
- Mochtar, rustam, 1992, Synopsis Obstetri Fisiologi Obstetri Patologi,
EGC, Jakarta
- Mochtar, Rustam, 1998 Sinobsis Obstetri, EGC, Jakarta
- Mochtar, Rustam. 1998. Sinopsios Obtretri : obstetri operatif, obstetri
social. EGC. Jakarta
- Prawirohardjo. S, 1997. Ilmu Kandungan. FKUI, Jakarta
- Prawirohardjo. S, 1992. Ilmu Kebidanan. Yayasan Bina Pustaka.
Jakarta
- Purnawan Junaidi, 1982, Kapita Selekta Kedokteran. FKUI. Media
aesculapius
- Rayburn, wiliam F, 2001, Obstetri Gynekologi, Widya Medika,
Jakarta
- Reedaer, 1995. Maternity Nursing :Family, Newborn and women's
Helath Care Philadelphia : Lippincott
- Saifudin, 1992, anatomi dan fisiologi untuk siswa perawat, EGC,
Jakarta
- Saifudin, abdulbari. 2002, Buku panduan praktis pelayanan kesehatan
maternal dan neonatal. Bina Pustaka. Jakarta
- Saifudin, abdulbari. 2002, Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan
Maternal Dan Neonatal. Bina Pustaka. Jakarta



- Sarwono, 2001, Buku Ajar Nasional Perinatologi
Dan Neonatal, TBS-SP, Jakarta
- Smeltzer, suzane C, Bare G. 2001. Buku ajar keperawatan medical
bedah. EGC. Jakarta
- Susan martin tucker dkk. 1998. Standart Perawatan Pasien Edisi V.
EGC. Jakarta
- Tarjotohdijanto dkk, 2001, Naskah Lengkap Kongres Nasional VII
Perkumpulan Perinatologi Indonesia Dan Symposium Internasional,
Perinasia Jateng, Semarang
- Yatim, 2005, Penyakit Kandungan, Pustaka Populer Obor, Jakarta



Keperawatan maternitas adalah bagian sangat penting dari ilmu keperawatan yang harus dipelajari oleh setiap mahasiswa keperawatan maupun perawat. Sebagai ilmu penting dalam keperawatan tentu memerlukan pengkajian dan pembahasan yang memadai agar ilmu ini dapat diaplikasikan dengan baik dan benar. Aplikasi ilmu ini dengan benar akan menghasilkan asuhan keperawatan yang benar pula sehingga harapannya pasien atau klien yang dirawat dapat berhasil dengan baik.

Buku Asuhan keperawatan maternitas ini hadir sebagai solusi ditengah minimnya buku yang secara spesifik membahas tentang maternitas khususnya asuhan keperawatannya. Pembahasan dalam buku ini di buat sederhana dengan dilengkapi berbagai contoh asuhan keperawatan dan lembar pengkajian, sehingga buku ini selain digunakan sebagai sumber teori juga dapat diaplikasikan dalam praktek dilapangan. Hal inilah yang membuat buku ini sangat cocok untuk dimiliki mahasiswa keperawatan, program profesi ners, perawat, dosen serta praktisi kesehatan lainnya seperti dokter dan juga bidan.



Buku ini berisi :

- Bab I Anatomi fisiologi Sistem reproduksi wanita dan pria
 - Bab II Konsep dasar kehamilan
 - Bab III Plasenta dan likuor amni
 - Bab IV Adaptasi kehamilan
 - Bab V Ante partum care / prenatal care (ANC)
 - Bab VI Keluarga berencana
 - Bab VII Kesehatan ibu dan anak
 - Bab VIII Asuhan keperawatan pada kehamilan ektopik
 - Bab IX Asuhan keperawatan pada mola hidatidosa
 - Bab X Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan tuberkulosis paru
 - Bab XI Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan asthma bronkiale
 - Bab XII Asuhan keperawatan ibu hamil dengan AIDS
 - Bab XIII Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan diabetes mellitus
 - Bab XIV Asuhan keperawatan pada ibu hamil hipertiroidisme
 - Bab XV Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hipotiroidisme
 - Bab XVI Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan penyakit jantung
 - Bab XVII Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hipertensi
 - Bab XVIII Asuhan keperawatan ibu masa intranatal
 - Bab XIX Asuhan keperawatan pada intranatal Dengan komplikasi
 - Bab XX Asuhan keperawatan ibu dengan gangguan reproduksi
- Daftar Pustaka



nuMedika

Jl. Ringroad Selatan, Balong Lor,
Potorono, Bantul, Yogyakarta
Telp. (0274) 6538632, 08179475165
E-mail: arieroobbani@yahoo.com

ISBN 978-979-1446-78-5



Keperawatan maternitas adalah bagian sangat penting dari keperawatan yang harus dipelajari oleh setiap mahasiswa keperawatan maupun perawat. Sebagai ilmu penting dalam keperawatan yang memerlukan pengkajian dan pembahasan yang memadai agar ilmu ini diaplikasikan dengan baik dan benar. Aplikasi ilmu ini dengan benar akan menghasilkan asuhan keperawatan yang benar pula sehingga harapan pada atau klien yang dirawat dapat berhasil dengan baik.

Buku Asuhan keperawatan maternitas ini hadir sebagai salah satu dari minimnya buku yang secara spesifik membahas tentang maternitas khususnya asuhan keperawatannya. Pembahasan dalam buku ini di buat sederhana dan dilengkapi berbagai contoh asuhan keperawatan dan lembar pengkajian. Sehingga buku ini selain digunakan sebagai sumber teori juga dapat diaplikasikan dalam praktek dilapangan. Hal inilah yang membuat buku ini sangat cocok untuk dimiliki mahasiswa keperawatan, program profesi ners, perawat, dosen serta praktisi kesehatan lainnya seperti dokter dan juga bidan.



Buku ini berisi :

- Bab I Anatomi fisiologi Sistem reproduksi wanita dan pria
- Bab II Konsep dasar kehamilan
- Bab III Plasenta dan likuor amni
- Bab IV Adaptasi kehamilan
- Bab V Ante partum care / prenatal care (ANC)
- Bab VI Keluarga berencana
- Bab VII Kesehatan ibu dan anak
- Bab VIII Asuhan keperawatan pada kehamilan ektopik
- Bab IX Asuhan keperawatan pada mola hidatidosa
- Bab X Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan tuberkulosis paru
- Bab XI Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan asthma bronkiale
- Bab XII Asuhan keperawatan ibu hamil dengan AIDS
- Bab XIII Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan diabetes mellitus
- Bab XIV Asuhan keperawatan pada ibu hamil hipertiroidisme
- Bab XV Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hipotiroidisme
- Bab XVI Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan penyakit jantung
- Bab XVII Asuhan keperawatan pada ibu hamil dengan hipertensi
- Bab XVIII Asuhan keperawatan ibu masa intranatal
- Bab XIX Asuhan keperawatan pada intranatal Dengan komplikasi
- Bab XX Asuhan keperawatan ibu dengan gangguan reproduksi

Daftar Pustaka

WAHYU PURWANINGSIH, S.Kep
SITI FATMAWATI S.Kep, Ns

Asuhan Keperawatan **MATERNITAS**

Asuhan Keperawatan MATERNITAS

Muka Medika

Jl. Ringroad Selatan, Balong Lor,
Potorono, Bantul, Yogyakarta

ISBN 978-979-1446-78-3

